別記様式第２号（第６条関係）

重障老人健康管理事業対象者証等再交付申請書

年　　月　　日

福知山市長　様　　自治会名（　　）

住　所　福知山市

氏　名

電　話　　－　　－

下記の理由により、再交付の申請をします。

受給者氏名	フリガナ	生年月日	年　月　日
個人番号		等級	
被保険者番号		シール受領印	㊞

申 請 理 由

□１　紛　　失　　〔事情〕

□２　盗　　難　　＿＿＿＿＿＿＿＿

□３　き　　損　　＿＿＿＿＿＿＿＿

□４　その他　　＿＿＿＿＿＿＿＿

〈注意〉１　該当する□にレ印を記入してください。
２　き損の場合は、その対象者証を添付してください。
３　後日、対象者証等を発見した場合は、すみやかに返還してください。

この届出書に記載いただいた特定個人情報[福知山市個人情報保護条例（平成１６年福知山市条例第２２号）第２条第５号に規定する特定個人情報をいう。]は、福知山市重度心身障害老人健康管理事業に係る事務に利用します。

有効期間		・　・　～　・　・				
処理	再発行日	・　・	取扱者			
	台帳入力	・　・	課長	課長補佐	係長	係
	資格確認					

番号確認		実存確認	